

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÕES ENTRE REGULAÇÃO EMOCIONAL,
REGULAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES
PSICOLÓGICAS, BEM-ESTAR/DISTRESS
PSICOLÓGICOS E SINTOMATOLOGIA**

Maria Teresa Beirão Pinto de Castelo Branco

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia
Cognitiva-Comportamental e Integrativa)**

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÕES ENTRE REGULAÇÃO EMOCIONAL,
REGULAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES
PSICOLÓGICAS, O BEM-ESTAR/DISTRESS
PSICOLÓGICOS E SINTOMATOLOGIA**

Maria Teresa Beirão Pinto de Castelo Branco
Dissertação orientada pelo Professor Doutor António Branco Vasco

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia
Cognitiva-Comportamental e Integrativa)**

2016

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Branco Vasco, orientador desta dissertação, por todo o conhecimento partilhado ao longo destes últimos anos que, de forma directa ou indirecta, me permitiram desenvolver este trabalho.

Aos meus colegas e co-investigadores, Rafaela e João, por todo o caminho partilhado e pela constante validação das minhas inquietações e desabafos e, em particular, ao Bruno, por ser o meu companheiro nesta fase final. Pela constante motivação e força, pela enorme solidariedade e por me ter ajudado a tornar numa “quase *expert*” em estatística, o meu obrigado!

A todos os participantes desta investigação que tão generosamente disponibilizaram o seu tempo para participar, particularmente aos pacientes do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e da Clínica Psiquiátrica de São José. Sei que não é fácil reflectir e partilhar, ainda que anonimamente, as nossas fragilidades, por isso, o meu muito obrigada!

Ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, ao Dr.º Joaquim e a toda a Equipa Comunitária de Oeiras, por toda a disponibilidade e amabilidade com que receberam a minha investigação, em particular à Dr.ª Carla e à Dr.ª Emília, por todo o esforço e carinho na ajuda prestada.

À Dr.ª Ana, por ter aberto as portas a esta investigação, estando sempre disponível para orientar, apoiar e ajudar. Por toda a confiança e autonomia, por ser uma constante fonte de motivação e incentivo, e pelo exemplo que é para mim.

Ao Dr.º Daniel, por todo o carinho e apoio, por saber que, mesmo sempre cheio de trabalho, é alguém com quem posso sempre contar.

À minha mãe, por ser um exemplo de vida, de integridade e de bom senso. Pelo apoio incondicional e por estar sempre presente, dando-me segurança para enfrentar todos os desafios da vida.

Ao meu pai e aos meus irmãos, por serem parte da família que tanto me ensina e põe à prova, por me apoiarem, cada um à sua maneira, e por serem compreensivos nas minhas fases de maior trabalho.

Ao Miguel, por ser o meu melhor preditor de bem-estar! Pelo apoio incondicional e motivação constante, o meu muito obrigada!

*“If emotions are an organizing force in people’s lives, then why can they
be so disorganizing and painful?”*

(Greenberg L. S., 2004, p.19)

Resumo

O sistema emocional funciona como sinalizador do grau de satisfação das necessidades psicológicas vitais, responsáveis pelo bem-estar/*distress* psicológico, sintomatologia e consequente psicopatologia. Assim, o presente estudo analisa o peso diferencial da regulação emocional na regulação da satisfação das necessidades psicológicas e consequentemente no bem-estar/*distress* psicológicos e sintomatologia. Neste sentido, realizou-se um estudo quantitativo composto pela amostra não-clínica recolhida *online* e pela amostra clínica, constituída por indivíduos em acompanhamento no serviço de Psiquiatria de Adultos. Os resultados encontrados sugerem que, na amostra não-clínica, as variáveis que remetem para o processamento e regulação emocional predizem a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e, em interação com esta, predizem o bem-estar/*distress* psicológico e sintomatologia. Na amostra clínica, as dificuldades de regulação emocional parecem predizer a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, sendo que estas últimas se relacionam com o bem-estar e, em conjunto com as variáveis que remetem para o processamento e regulação emocional, predizem o *distress* psicológico. A sintomatologia parece ser explicada pelas dificuldades de processamento e de regulação emocional. No geral, é possível sugerir que a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e a regulação emocional surgem como preditoras das diferenças entre as amostras, explicando também as diferenças encontradas no bem-estar e na sintomatologia. Estes resultados são relevantes para a conceptualização de caso e para a tomada de decisão clínica responsiva enquadrada em função das características e necessidades dos indivíduos.

Palavras-chave: regulação emocional, satisfação das necessidades psicológicas, bem-estar psicológico, *distress* psicológico, sintomatologia

Abstract

The emotional system works as an indicator for the vital psychological needs, which are responsible for the psychological well-being/distress, symptomatology and psychopathology. Therefore this study analyses the contribution of the emotional regulation on the regulation of psychological needs satisfaction and also on the psychological well-being/distress and symptomatology. This is a quantitative study composed by a non-clinical online sample and a clinical sample with patients from the psychiatric department. The results from the non-clinical sample show that the emotional process and regulation predict the regulation of psychological needs satisfaction and by interaction with these variables predict psychological well-being/distress and symptomatology. The clinical sample results show that the difficulties of emotional regulation predict the regulation of psychological needs satisfaction and this relates with the psychological well-being. The regulation of psychological needs satisfaction in interaction with the difficulties of emotional process and regulation predict psychological distress. The symptomatology is explained by the difficulties of emotional process and regulation. In conclusion is possible to say that the regulation of psychological needs satisfaction and emotional regulation can predict the differences between samples and the differences founded in the psychological well-being and symptomatology. This study is relevant for the case conceptualization and clinical judgment focused on the patient's characteristics and needs.

Keywords: emotion regulation, psychological needs satisfaction, psychological well-being, psychological distress, symptomatology

Introdução

O presente estudo pretende analisar a importância da regulação emocional na regulação da satisfação das necessidades psicológicas pois, sendo o sistema emocional o sinalizador do grau de satisfação das necessidades psicológicas vitais, responsáveis pelo aumento ou diminuição do bem-estar, do *distress* psicológico, da sintomatologia e consequente psicopatologia (Vasco, 2005), revela-se fundamental perceber qual o peso diferencial da regulação emocional na regulação da satisfação das necessidades, no bem-estar/*distress* psicológicos e na sintomatologia, analisando também as diferenças desses “pesos” entre a amostra não-clínica e a amostra clínica. Deste modo tornar-se-á possível melhorar a adequação das intervenções terapêuticas em função das características e necessidades dos indivíduos e aumentar conhecimento acerca das variáveis do paciente responsáveis pela variância do resultado da psicoterapia.

Emoções

Gross (1998a; 2014) define emoções como reacções subjectivas e idiossincráticas que advêm da atenção e posterior avaliação de um determinado evento relevante. Estas caracterizam-se por respostas fisiológicas, cognitivas, expressivo-motoras e comportamentais e são adaptativas na medida em que ajudam o organismo a processar, de forma rápida e automática, a informação recolhida aquando da situação (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Gross, 1998a; Gross, 2014).

Segundo Vasco (2013), além da optimização da sobrevivência física e psicológica do indivíduo, a função fulcral das emoções prende-se também com a qualidade dessa sobrevivência. Assim, o carácter motivacional das emoções, além de se traduzir em acções internas ou externas que promovam a sobrevivência, possibilitando a atribuição de um significado à experiência e a preparação para a acção, tem também em vista a adaptação e o bem-estar, indo de encontro às necessidades de cada um (Elliott,

Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Gross, 1998a; 2014; Vasco, 2013). Neste sentido, quando o sistema emocional funciona adequadamente a experiência subjectiva da emoção configura tendências de acção potencialmente adaptativas e geradoras de bem-estar (Vasco, 2013).

Teoria das Emoções

De acordo com a teoria das emoções de Elliott, Watson, Goldman e Greenberg (2004), existem três conceitos/processos que são responsáveis pelo funcionamento adequado do sistema emocional: os esquemas emocionais; o tipo de resposta emocional; e a regulação emocional.

Os esquemas emocionais são constituídos pelas várias memórias das vivências emocionais que são armazenadas e organizadas internamente, formando uma base coerente para as futuras experiências emocionais. Estes são idiossincráticos e irão moldar as futuras vivências e reacções emocionais, sendo também moldados por estas, contribuindo para a constante construção e consolidação destes esquemas (Elliott, 2012; Greenberg, 2010).

As respostas emocionais distinguem-se entre as emoções primárias, as emoções secundárias e as emoções instrumentais. As emoções primárias são as reacções directas à situação e estas podem ser adaptativas (em que a reacção é consistente com a situação e ajuda o indivíduo a agir de forma adequada) ou podem ser desadaptativas (em que as reacções envolvem respostas desadequadas baseadas em experiências negativas anteriores). As emoções secundárias advêm dos pensamentos e sentimentos que são elaborados a partir da situação e aparecem como substitutas das emoções primárias. E as emoções instrumentais são emoções elaboradas intencionalmente com o objectivo de influenciar os outros (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Elliott, 2012).

Por último, a regulação emocional consiste na utilização de estratégias, conscientes ou inconscientes, que são usadas para aumentar, manter ou diminuir, os vários componentes (sentimentos, comportamentos, cognições e respostas fisiológicas) da resposta emocional (Gross, 2001).

Regulação Emocional

Quando os esquemas emocionais são activados em situações desadequadas, quando as respostas emocionais não são adaptativas, ou quando o sistema emocional não está regulado, a experiência subjectiva da emoção pode ser desadaptativa. Assim, é necessário haver uma regulação da mesma para que a resposta a esta, e consequente acção, tenha em vista a satisfação das necessidades e consequente bem-estar (Gross, 2014)

Segundo Gratz & Roemer (2004), além da consciência, compreensão e aceitação das emoções, o processo de regulação emocional envolve habilidade para controlar comportamentos impulsivos, capacidade de orientar os comportamentos para os objectivos aquando da experiência de emoções desagradáveis e flexibilidade na utilização das várias estratégias de regulação emocional disponíveis, de modo a adaptar a estratégia a usar ao contexto da situação específica, tendo em conta os objectivos individuais, os seus custos e benefícios. Quando não se possui estas capacidades surgem dificuldades na regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2002).

Segundo o Modelo Processual da Regulação Emocional (Gross, 1998b; 2002), o indivíduo possui várias estratégias que podem ser utilizadas em diferentes níveis do processo situação-resposta emocional (Gross, 1998b; 2014). Estas estratégias de regulação emocional podem ser diferenciadas em função do seu impacto na experiência emocional, podendo ser distinguidas consoante o foco. O foco da regulação pode ser antecedente à activação emocional (podendo estar ao nível da selecção da situação, da

modificação da situação, da modificação do foco atencional ou da modificação cognitiva) ou pode estar na resposta, quando o processo de regulação acontece após a activação emocional, situando-se ao nível da modulação da resposta (Webb, Miles, & Sheeran, 2012; Gross, 2002).

Se por um lado Elliott, Watson, Goldman e Greenberg (2004) enfatizam a importância dos esquemas emocionais para a activação e processamento da experiência emocional e posterior diferenciação e regulação emocional, Gross (1998b; 2002) especifica de que forma as emoções podem ser reguladas em função dos vários níveis em que as emoções se desenvolvem, distinguindo os dois focos em que pode ocorrer a regulação emocional.

Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional

De acordo com o modelo de Gross (1998b; 2002), as diferentes formas de regulação emocional têm diferentes consequências cognitivas, afectivas e sociais, a curto e a longo-prazo. Assim, tem existido um crescente interesse nas diferentes estratégias de regulação emocional, com especial enfoque na *reavaliação cognitiva* e na *supressão emocional* (Gross, 2014). A *reavaliação cognitiva* é um tipo de modificação cognitiva cujo o foco é antecedente ao impacto emocional e consiste na tentativa de modificar cognitivamente a forma de avaliar a situação de modo a alterar a resposta emocional. A *supressão emocional*, que se insere no nível da modulação da resposta cujo foco é posterior ao impacto emocional, consiste na tentativa de alterar o comportamento/expressão emocional (Gross, 2002; Webb, Miles, & Sheeran, 2012).

A atenção específica a estas duas estratégias de regulação emocional resulta do facto de estas serem commumente utilizadas no dia-a-dia por todos os indivíduos, fáceis de estudar e avaliar em termos de diferenças inter-individuais e por representarem estratégias utilizadas em diferentes níveis e focos. Neste sentido, inúmeros foram os

estudos que demonstraram o impacto da utilização destas estratégias, particularmente em termos afectivos, cognitivos e sociais (Gross, 2014).

Afectivamente os estudos demonstram que a estratégia de supressão associa-se à diminuição das experiências emocionais agradáveis (Gross, 1998a) e ao aumento das experiências emocionais desagradáveis (Gross & John, 2003). Ainda, nos indivíduos que utilizam mais frequentemente esta estratégia, verifica-se o aumento da resposta fisiológica devido ao esforço necessário para a inibição do impacto emocional em curso (Gross, 2002). Pelo contrário, os estudos revelam que a reavaliação cognitiva associa-se ao aumento das experiências emocionais favoráveis (Gross & John, 2003) e à diminuição das experiências emocionais desfavoráveis (Gross, 1998a). Neste sentido, comparando com indivíduos que não utilizam esta estratégia, estes apresentam menor resposta experiencial e comportamental, sem intensificar a resposta fisiológica (Gross, 2002).

Cognitivamente os estudos demonstram que a supressão emocional tem consequências cognitivas, estando associada a piores capacidades mnésicas verbais. Ao ser efectuada uma modulação da resposta e uma auto-monitorização do processo emocional, são consumidos recursos cognitivos que seriam utilizados no processamento dos acontecimentos externos, contribuindo para o comprometimento do desempenho em tarefas de memória verbal nos indivíduos que mais frequentemente utilizam a estratégia de supressão emocional, em detrimento dos indivíduos que não utilizam qualquer estratégia, ou dos indivíduos que utilizam a reavaliação cognitiva, que parece não implicar consequências cognitivas (Gross, 2002; Richards & Gross, 2000).

Ao nível do Funcionamento Social, estudos revelam que indivíduos que preferencialmente utilizam a supressão emocional têm tendência a evitar relações emocionalmente próximas, tendo menos relações consideradas como positivas. Por

outro lado, indivíduos que utilizam mais frequentemente a reavaliação cognitiva têm tendência a partilhar as suas emoções, estabelecendo relações mais próximas emocionalmente com os seus pares (Gross & John, 2003).

De acordo com as investigações realizadas em torno destas duas estratégias de regulação emocional, pode-se concluir que ambas implicam consequências para quem as utiliza, sendo que os resultados dessa regulação devem ser avaliados tendo em conta o contexto e os objectivos com que são utilizadas (Gross, 2002). Neste sentido, mais do que a estratégia preferencial usada por cada indivíduo, uma regulação emocional adaptativa envolve flexibilidade na utilização das várias estratégias de regulação emocional disponíveis, de modo a adaptar a estratégia a usar, ao contexto da situação específica e aos objectivos individuais, tendo em conta os seus custos e benefícios (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2002).

Regulação Emocional, Sintomatologia e Psicopatologia

Segundo estudos recentes, défices no processamento e regulação emocional parecem ser significantes preditores de um aumento de sintomatologia e de psicopatologia (Burns, Roberts, Egan, & Kane, 2015). Em indivíduos com perturbação da personalidade *Borderline*, a desregulação emocional parece conferir um maior risco de conflitos interpessoais, incluindo comportamentos agressivos para com os pares (Scott, Stepp, & Pilkonis, 2014), sendo que indivíduos com esta perturbação usam tendencialmente estratégias de regulação emocional desadaptativas (Fletcher, Parker, Bayes, Paterson, & McClure, 2014).

Reduzidas capacidades de regulação emocional, a não aceitação de emoções desagradáveis e a incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos parecem estar correlacionadas com a Depressão e com a Perturbação de Ansiedade Generalizada (Marganska, Gallagher, & Miranda, 2013). E estudos concordantes enfatizam ainda a

importância de processos emocionais adaptativos nos mecanismos intrapessoais que articulam a relação entre os eventos de vida adversos/situações de *stress* e a Depressão (Abravanel & Sinha, 2015). A desregulação emocional parece ser também um preditor consistente de Perturbação de Stress Pós-Traumático em sobreviventes de traumas (Lilly & Lim, 2013).

Indivíduos com perturbações alimentares apresentam também dificuldades de regulação emocional, sendo que relatam níveis emocionais de elevada intensidade e uma menor capacidade de aceitação, consciência e clareza das suas emoções, quando comparados com os grupos normativos (Gianini, White, & Masheb, 2013; Svaldi, Griepentstroh, Tuschen-Caffier, & Ehring, 2012).

Sistema Emocional e Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas

Segundo Vasco (2013), o sistema emocional é o sinalizador do grau de regulação da satisfação das necessidades psicológicas do indivíduo. Assim, ao definir estas necessidades como “estados de desequilíbrio orgânico provocados por carência ou excesso de determinados nutrientes psicológicos, sinalizados emocionalmente e tendentes a promover acções, internas e/ou externas facilitadoras do restabelecimento desse mesmo equilíbrio” (Vasco, 2012, p. 32), o autor defende que a adaptação, bem-estar e saúde mental dependem da capacidade de regulação da satisfação dessas mesmas necessidades.

Ao salientar que essas necessidades nunca estão completamente satisfeitas, Vasco (2013) entende que o seu grau de satisfação resulta de um processo de negociação *continuum* entre sete polaridades dialéticas, sendo elas: prazer/dor; proximidade/diferenciação; produtividade/lazer; controlo/cooperação; exploração/tranquilidade; coerência/incoerência do *Self*; auto-estima/auto-crítica.

A capacidade de regular a satisfação destas necessidades depende então de um funcionamento emocional adequado, sendo necessário experienciar as emoções, permitir a activação, a diferenciação e expressão emocional, bem como possuir capacidades de regulação emocional, essenciais na criação de tendências de acção potencialmente adaptativas e geradoras de bem-estar (Vasco, 2013). Neste sentido, além de ser necessário avaliar e trabalhar as capacidades de regulação emocional dos indivíduos, parece ser também essencial analisar as dificuldades no processamento emocional que, além de servirem de marcadores da intervenção (Greenberg, 2010), parecem também limitar a capacidade de regulação da satisfação das necessidades, potenciando a desregulação emocional e aumentando o *distress* e sintomatologia (Vasco, 2010).

Greenberg (2010) define como marcadores das dificuldades do processamento emocional as reacções problemáticas a situações particulares, a ausência de significado, confusão ou falta de clareza em relação à experiência emocional, a clivagem do *Self*, a suspensão ou constrição da vivência emocional, a expressão de um sentimento prolongado no tempo e causador de sofrimento face a uma figura significativa e a vulnerabilidade, fragilidade, vergonha extrema e insegurança. Assim, para uma regulação satisfatória das necessidades psicológicas, aumento do bem-estar, diminuição da sintomatologia e consequente diminuição da psicopatologia, parece ser essencial um funcionamento e um processamento emocional adequado que se pauta pelas seguintes capacidades: (a) prestar atenção e permitir-se experienciar emoções, nomeadamente emoções primárias; (b) permitir-se a activação, diferenciação e expressão emocional; e (c) promover a regulação emocional, de acordo com a tendências de acção motivacionais inerentes às emoções primárias (Vasco, 2013).

Vários estudos recentes parecem corroborar a ideia de relação entre os défices nas capacidades de regulação emocional e de regulação da satisfação das necessidades psicológicas e a diminuição do bem-estar/*distress* psicológicos e aumento da sintomatologia. Os estudos sugerem que a capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas parece ser capaz de predizer significativamente o bem-estar/*distress* psicológico e a sintomatologia (quando as necessidades psicológicas se encontram reguladas os indivíduos conseguem experienciar mais bem-estar e menos *distress* psicológico, apresentando também menos sintomatologia) (Conde, et al., 2012). No mesmo sentido apontam também os estudos de Costa (2015), Leonardo (2013) e Telo (2012), acrescentando que a capacidade de regulação emocional se encontra associada à regulação da satisfação das necessidades psicológicas, ao bem-estar/*distress* psicológicos e sintomatologia, prevendo assim que indivíduos com elevadas capacidades de regulação emocional apresentam também capacidades de regulação da satisfação das necessidades, elevado bem-estar e reduzidos níveis de *distress* psicológico e de sintomatologia.

Objectivo do estudo e Hipóteses

Posto isto, os objectivos deste estudo consistem em compreender os contributos diferenciais da regulação emocional (influência das estratégias de regulação emocional – *reavaliação cognitiva* e *supressão emocional*, e das dificuldades de regulação emocional) na regulação da satisfação das necessidades psicológicas, no bem-estar/*distress* psicológicos e na sintomatologia e confirmar os contributos da regulação da satisfação das necessidades psicológicas nos mesmos constructos (bem-estar/*distress* psicológicos e sintomatologia), destacando as diferenças desses contributos em relação às amostras (não-clínica ou clínica). O propósito deste estudo prende-se assim com a necessidade de aumentar conhecimento acerca das variáveis do paciente responsáveis

pela variância do resultado da psicoterapia, tendo em vista a adequação das intervenções terapêuticas em função das características e necessidades dos indivíduos.

Enquadradas na presente problemática foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H1 – As dificuldades de regulação emocional e as estratégias de regulação emocional *supressão emocional* e *reavaliação cognitiva* estão fortemente associadas entre si e entre a regulação de satisfação das necessidades psicológicas, o bem-estar e *distress* psicológico e a sintomatologia, nas duas amostras;

H2 – As dificuldades de regulação emocional e as estratégias de regulação emocional *supressão emocional* e *reavaliação cognitiva* isoladamente predizem a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, nas duas amostras;

H3 – A regulação da satisfação das necessidades psicológicas prediz o bem-estar/*distress* psicológico e sintomatologia, para ambas as amostras;

H4 – Em interacção, as dificuldades de regulação e de processamento emocional e as estratégias de regulação emocional *reavaliação cognitiva* e *supressão emocional* predizem a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, para ambas as amostras;

H5 – Em interacção, a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, as dificuldades de regulação e de processamento emocional e as estratégias de regulação emocional *reavaliação cognitiva* e *supressão emocional* predizem o bem-estar e *distress* psicológicos e a sintomatologia, para ambas as amostras;

H6 – As dificuldades de regulação emocional, a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e a utilização das estratégias de regulação emocional *supressão emocional* e *reavaliação cognitiva* contribuem significativamente para as diferenças entre as duas amostras.

Método

O *design* do presente estudo é de 4X4 com quatro variáveis independentes – dificuldades de regulação emocional, estratégia de regulação emocional *reavaliação cognitiva*, estratégia de regulação emocional *supressão emocional* e dificuldades de processamento emocional, e quatro variáveis dependentes – regulação da satisfação das necessidades psicológicas, bem-estar psicológico, *distress* psicológico e sintomatologia. O tratamento é intra e inter-amostras e a variável dependente regulação da satisfação das necessidades psicológicas será recategorizada como variável independente de acordo com as hipóteses. Devido ao facto de a variável dificuldades de processamento emocional estar a ser estudada em pormenor num outro estudo, optou-se por analisar apenas algumas interacções entre esta variável e as restantes, não constando em todas as análises do estudo.

Caracterização da Amostra

A presente investigação contou com a participação de 280 participantes, distribuídos por duas amostras distintas, a amostra clínica e a amostra não-clínica.

A amostra não-clínica foi recolhida *online* através da plataforma *Qualtrics* tendo respeitado o critério de conveniência. E a amostra clínica foi recolhida no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e na Clínica Psiquiátrica de São José, após ter sido aprovado o projecto de investigação apresentado à Comissão de Ética e Deontologia de ambas as instituições. Esta amostra respeitou o critério específico e intencional de os participantes estarem a ser acompanhados no serviço de Psiquiatria de Adultos.

Ambas as amostras tiveram como critérios de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos e ter como língua materna a língua portuguesa.

A amostra não-clínica é constituída por 222 participantes [M=48 (21,6%); F=174 (78,4%)] com idades compreendidas entre os 18 anos e os 62 anos. Destes

participantes, apenas 34 (15,3%) revelaram estar a ter acompanhamento psicoterapêutico.

A amostra clínica é constituída por 58 participantes [M=13 (22,4%); F=45 (77,6%)], com idades compreendidas entre os 22 anos e os 77 anos. Nesta amostra, existem como diagnósticos psiquiátricos Perturbações Depressivas, Distímias, Perturbações Bipolar, Episódios Depressivos, Perturbações de Ansiedade, Perturbações Obsessivo-Compulsivas, Perturbações Delirantes e Perturbações da Personalidade como diagnóstico principal. Dez (17,2%) têm ainda comorbilidade com um diagnóstico psiquiátrico de Perturbação da Personalidade. Destes mesmos participantes, 50 (86,2%) encontravam-se a ter acompanhamento psicoterapêutico, sendo que 19% estavam numa fase inicial do processo terapêutico, 29,3% numa fase intermédia e 37,9% numa fase final.

Para informação mais detalhada acerca da constituição destas amostras consultar anexo A e anexo B.

Instrumentos

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)

A *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* é uma escala de auto-relato desenvolvida por Gratz e Roemer (2004) cujo objectivo é avaliar as dificuldades de regulação emocional em adultos.

Esta escala contém 36 itens a serem respondidos numa escala tipo *Likert* e é composta por seis dimensões que reflectem seis dificuldades de regulação emocional específicas: Falta de consciência das respostas emocionais (*Consciência*); Dificuldade de compreensão da resposta emocional (*Clareza*); Não aceitação da resposta emocional (*Não aceitação*); Acesso limitado a estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes (*Estratégias*); Dificuldade de controlo dos impulsos (*Impulsos*); e dificuldade de

envolvimento em comportamentos orientados para objectivos aquando da experiência de emoções desagradáveis (*Objectivos*). Esta escala possui uma elevada consistência interna ($\alpha=.93$), bem como todas as subescalas ($\alpha\geq.80$) (Gratz & Roemer, 2004).

A *DERs* foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias (2010) e revela também uma elevada consistência interna da escala ($\alpha=.924$) e de cada uma das subescalas ($\alpha\geq.75$). No estudo actual a consistência interna da escala em ambas as amostras também se revelou elevada (amostra clínica [$\alpha=.938$] e amostra não-clínica [$\alpha=.946$]). Para informações detalhadas acerca da *DERs* e da sua consistência interna consultar anexo C e anexo D.

Questionário de Regulação Emocional (QRE)

O *Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)* foi desenvolvido por Gross e John (2003) com o objectivo de avaliar e compreender a utilização de duas estratégias de regulação emocional (*Reavaliação cognitiva* e *Supressão emocional*).

O ERQ é uma medida de auto-relato que contém 10 itens a serem respondidos numa escala tipo *Likert*. Os seus itens organizam-se em dois factores que reflectem as duas estratégias de regulação emocional: *Reavaliação cognitiva* e *Supressão emocional*. A consistência interna em ambas as subescalas foi elevada ($\alpha=.79$ e $\alpha=.73$, respetivamente) (Gross & John, 2003).

O QRE foi traduzido e validado para a população portuguesa por Vaz e Martins (2009), tendo sido encontrada uma consistência interna de .76 para a subescala *Reavaliação Cognitiva* e de .65 para a *Supressão Emocional*. Nesta versão, de acordo com a análise factorial, o item 5 (“Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação de uma forma que me ajude a ficar calmo”), que na sua versão original integra a subescala *Reavaliação Cognitiva*, na versão portuguesa

faz parte dos itens que saturam no factor *Supressão Emocional*, tendo sido pelos autores integrada nesta última subescala.

No estudo actual a consistência interna das subescalas revelou-se elevada na subescala *Reavaliação Cognitiva* (para a amostra clínica [$\alpha=.869$] e para a amostra não-clínica [$\alpha=.88$]) e baixa na subescala *Supressão Emocional* (para a amostra clínica [$\alpha=.551$] e para a amostra não-clínica [$\alpha=.635$]).

Contudo, o valor deste coeficiente é extremamente sensível ao número de itens da escala em avaliação. Pelo que o reduzido número de itens constituintes desta subescala deve ser tido em conta ao analisar este coeficiente. De acordo com Pallant (2005), quando o número de itens da escala é reduzido sugere-se mais adequado atender aos valores das correlações de cada item com o total. Através da análise factorial realizada às duas amostras deste estudo, o item 5 (referido anteriormente), faz parte dos itens que saturam no factor *Reavaliação Cognitiva* (consultar anexo F), contrariamente ao que é verificado no estudo de tradução e adaptação da prova à população portuguesa (Vaz & Martins, 2009). Apesar disto, resolvemos aceitar a distribuição dos itens de acordo com a versão traduzida e adaptada.

Para informações detalhadas acerca da QRE e da sua consistência interna consultar anexo E e anexo G.

Escala de Dificuldades de Processamento Emocional (EDPE)

A Escala de Dificuldades de Processamento Emocional (EDPE) é uma escala de auto-relato desenvolvida por Barreira e Vasco (2015) cujo objectivo é avaliar as dificuldades de processamento emocional de acordo com a Terapia Focada nas Emoções. Composta por 22 itens a serem respondidos numa escala tipo *Likert*, esta avalia cinco factores que correspondem a cinco marcadores de processamento emocional: Reacção Problemática; Ausência de Significado; Clivagem do *Self* I

(*conflict splits*); Clivagem do *Self II* (*Self-interruptive splits*); e Assunto Inacabado. O marcador Vulnerabilidade, por ser transversal, aparece agregado às restantes subescalas, não sendo especificamente avaliado por esta escala.

Segundo o pré-teste, esta escala possui uma elevada consistência interna ($\alpha=.902$), bem como todas as subescalas ($\alpha\geq.723$).

Para o presente estudo, de acordo com os autores da escala ainda em construção (Barreira & Vasco, 2015), devido à subescala *Clivagem do Self II (split interruptivo)* no seu estudo original não ter apresentado uma distribuição normal e ter tido uma reduzida dispersão das respostas que compõem os seus itens (remetendo possivelmente para a dificuldade de compreensão do conceito de interrupção) é preferível excluí-la das análises estatísticas de forma a não contaminar os resultados. Assim, apesar de no estudo actual a consistência interna da escala em ambas as amostras se ter revelado elevada (amostra clínica [$\alpha=.936$] e amostra não-clínica [$\alpha=.936$]), resolvemos analisar os resultados excluindo a subescala em questão. Para informações detalhadas acerca da EDPE e da sua consistência interna consultar anexo H e anexo I.

Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades (ERSN – 43)

A Escala de Regulação de Satisfação das Necessidades (ERSN-57, Vasco, Bernardo, Cadilha, Calinas, Ferreira, Fonseca, Guerreiro, Rodrigues, Romão, Rucha, Silva, & VarguesConceição, 2013) é uma medida de auto-relato que contém 57 itens a serem respondidos numa escala tipo *Likert* (anexo J). Este instrumento, desenvolvido a partir do Modelo de Complementaridade Paradigmática, conceptualiza 14 necessidades psicológicas organizadas em sete polaridades dialéticas, sendo que cada necessidade integra uma subescala.

Na presente investigação foram utilizados 43 itens, dado que foram retirados os catorze itens de validade (Vargues-Conceição, 2013). A consistência interna da escala

revelou-se elevada tanto para a amostra clínica ($\alpha=.946$) como para a amostra não-clínica ($\alpha=.948$).

Inventário de Saúde Mental (ISM)

O *Mental Health Inventory* (MHI), elaborado por Veit e Ware (1983), é um questionário de auto-relato com 38 itens a serem respondidos numa escala de *Likert* e tem como objectivo avaliar o bem-estar e o *distress* psicológicos. Nesta versão foi encontrada uma elevada consistência interna na escala geral e nos dois factores de segunda ordem (Escala Geral [$\alpha=.96$], Bem-Estar [$\alpha=.92$] e *Distress* [$\alpha=.94$])

O ISM foi traduzido e validado para a população portuguesa por Ribeiro (2011) (anexo K) tendo sido também encontrada uma elevada consistência interna na escala geral e nos dois factores de segunda ordem (Escala Geral [$\alpha=.96$], Bem-Estar [$\alpha=.91$] e *Distress* [$\alpha=.95$]). No estudo actual a consistência interna da escala e dos dois factores de segunda ordem em ambas as amostras também se revelou elevada: amostra clínica (Escala Geral [$\alpha=.962$], Bem-Estar [$\alpha=.938$] e *Distress* [$\alpha=.950$]) e amostra não-clínica (Escala Geral [$\alpha=.967$], Bem-Estar [$\alpha=.932$] e *Distress* [$\alpha=.953$]).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O *Brief Symptom Inventory* (BSI), elaborado por Derogatis e Melisaratos (1983), é um inventário de auto-relato composto por 53 itens a serem preenchidos numa escala de *Likert* e tem como objectivo avaliar os sintomas psicopatológicos. Esta escala apresenta uma elevada consistência interna ($\alpha=.90$).

O BSI foi traduzido e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999) (anexo L) tendo sido encontrada uma elevada consistência interna para as nove escalas que constituem o inventário ($.797 < \alpha < .621$). No estudo actual a consistência interna do índice geral de sintomas em ambas as amostras revelou-se elevada: amostra clínica ($\alpha=.974$) e amostra não-clínica ($\alpha=.974$).

Resultados

A avaliação da consistência interna dos instrumentos, bem como a análise das relações entre as variáveis estudadas, foram realizadas com o *software* de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.

O Quadro 1 apresenta a descrição das médias, desvio-padrão e amplitude para as variáveis ERSN-43, Bem-estar e *Distress* Psicológicos, BSI, DERS, Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional.

QUADRO 1. Média, desvio-padrão e amplitude de: ERSN-43, Bem-estar e *Distress* Psicológicos, BSI, DERS, Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional, para a amostra clínica e não-clínica

	Amostra Não-Clínica (N=222)			Amostra Clínica (N=58)		
	Média	Dp	Min – máx	Média	Dp	Min – máx
ERSN-43	5.89	.87	3.26 – 7.49	5.24	1.08	3.09 - 7.53
Bem-Estar Psicológico	53.93	17.07	8.57 – 90	39.90	19.32	2.86 - 100
<i>Distress</i> Psicológico	63.77	14.62	16.10 – 92.37	49.77	16.42	18.64 - 94.07
BSI	.80	.66	0.00 – 2.94	1.43	.88	0.00 - 3.66
DERS	2.30	.66	1.06 – 4.47	2.77	.72	1.64 - 4.14
Reavaliação Cognitiva	4.51	1.29	1.00 – 7.00	4.52	1.47	1.00 - 7.00
Supressão Emocional	3.62	1.07	1.00 – 6.60	4.05	1.16	1.20 - 6.40

dp = desvio-padrão; Min-máx = mínimo-máximo

Na análise das correlações simples de Pearson entre a DERS e as subescalas *Reavaliação Cognitiva* e *Supressão Emocional* do QRE, para a amostra não-clínica (N=222) foi encontrada uma correlação negativa fraca entre a DERS e a *Reavaliação Cognitiva* ($r = -.244$, $p < .01$) e positiva fraca com a *Supressão Emocional* ($r = .294$, $p < .01$), sendo que as duas estratégias de regulação emocional se correlacionam entre si de forma positiva e fraca ($r = .199$, $p < .01$). Para a amostra clínica (N=58), foi

encontrada uma correlação negativa forte entre a DERS e a *Reavaliação Cognitiva* ($r = -.589$, $p < .01$), não tendo sido encontrada uma correlação significativa entre a DERS e a *Supressão Emocional*. As duas estratégias de regulação emocional correlacionam-se entre si de forma positiva e fraca ($r = .279$, $p < .05$).

Foram realizadas também correlações simples de Pearson entre a ERSN-43, a DERS e as subescalas *Reavaliação Cognitiva* e *Supressão Emocional* do QRE e as variáveis EDPE, ERSN-43, BSI e subescalas *Bem-Estar* e *Distress Psicológicos* do ISM, para a amostra não-clínica (N=222) e clínica (N=58) (Quadro 2).

QUADRO 2. Correlações entre a ERSN-43, DERS, *Reavaliação Cognitiva* e *Supressão Emocional* do QRE e as variáveis EDPE, ERSN-43, BSI, *Bem-Estar* e *Distress Psicológicos* do ISM, para a amostra não-clínica (N=222) e clínica (N=58)

	Não-Clínica (N=222)				Clínica (N=58)			
	ERSN-43	Reav. Cogn.	Sup. Emoc.	DERS	ERSN-43	Reav. Cogn.	Sup. Emoc.	DERS
ERSN-43	-	.265**	-.259**	-.665**	-	.547**	.102	-.512**
EDPE	-.644**	-.163*	.300**	.724**	-.505**	-.526**	-.256	.657**
<i>Bem-Estar Psicológico</i>	.714**	.291**	-.231**	-.601**	.597**	.272*	-.055	-.205
<i>Distress Psicológico</i>	.695**	.266**	-.206**	-.664**	.535**	.306*	-.009	-.379**
BSI	-.698**	-.193**	.301**	.713**	-.493**	-.444**	.086	.696**

** $p\text{-value} < 0.01$

* $p\text{-value} < 0.05$

Nota: Reav. Cogn. = Reavaliação Cognitiva; Sup.Emoc. = Supressão Emocional

Como seria expectável, foram encontradas correlações positivas fortes entre a ERSN-43 e o Bem-Estar e *Distress Psicológicos* e negativas fortes e moderadas entre a ERSN-43 e a EDPE e BSI, em ambas as amostras.

Ainda, em relação à *Reavaliação Cognitiva* foram encontradas correlações positivas com a ERSN-43 e com o Bem-estar e *Distress Psicológicos* e negativas com a EDPE e BSI, em ambas as amostras. Sendo que, de uma forma geral, as correlações na

amostra clínica são mais fortes (variando entre .272 e .547) do que na amostra não-clínica (variam entre .266 e .163).

Em relação à *Supressão Emocional*, na amostra não-clínica (N=222) esta correlaciona-se de forma positiva moderada com a EDPE e com o BSI, sendo as suas correlações com a ERSN-43, Bem-Estar e *Distress* Psicológicos negativas fracas. Na amostra clínica (N=58) não se verificaram correlações significativas entre a *Supressão Emocional* e as restantes variáveis (EDPE, ERSN-43, BSI e subescalas *Bem-Estar* e *Distress Psicológicos*).

A DERS correlaciona-se de forma positiva com a EDPE e com o BSI e de forma negativa com a ERSN-43 e com o Bem-estar e *Distress* Psicológicos, em ambas as amostras. Sendo que, de uma forma geral, as correlações na amostra não-clínica são mais fortes (variando entre .601 e .724) do que na amostra clínica (variam entre .379 e .696). É importante salientar que, para a amostra clínica, não foi encontrada uma correlação entre a DERS e o Bem-estar Psicológico.

Regressões

Para se perceber o valor preditivo da *Reavaliação Cognitiva*, *Supressão Emocional* e DERS na ERSN-43 realizaram-se regressões lineares simples.

Na amostra não-clínica, evidenciou-se que a subescala *Reavaliação Cognitiva* prediz 6.6% da variância na ERSN-43 [$F(1,220) = 16.619, p = .000$], a subescala *Supressão Emocional* prediz 6.3% [$F(1,220) = 15.788, p = .000$] e a DERS prediz 43.9% [$F(1,220) = 174.165, p = .000$]. Através de uma regressão linear múltipla *stepwise* entre as subescalas da DERS e a ERSN-43 (Anexo M) verificou-se que a subescala *Estratégias* da DERS explica 43.2% da variância na ERNS-43 [$F(1,220) = 169.393, p = .000$], nesta amostra.

Na amostra clínica (N=58), evidenciou-se que a subescala *Reavaliação Cognitiva* prediz 28.7% da variância na ERSN-43 [$F(1,56) = 23.921, p = .000$], a subescala *Supressão Emocional* não se apresentou como preditor significativo e a DERS prediz 24.9% [$F(1,56) = 19.854, p = .000$]. Através de uma regressão linear múltipla *stepwise* entre as subescalas da DERS e a ERSN-43 (Anexo N) verificou-se que a subescala *Estratégias* da DERS explica 23.8% da variância na ERSN-43 [$F(1,56) = 18.787, p = .000$], nesta amostra.

Para se perceber o valor preditivo da ERSN-43 no *Bem-estar psicológico*, no *Distress Psicológico* e no BSI, realizaram-se regressões lineares simples.

Na amostra não-clínica, evidenciou-se que a ERSN-43 prediz 50.8% da variância no *Bem-estar psicológico* [$F(1,220) = 229.093, p = .000$], 48.1% da variância no *Distress psicológico* [$F(1,220) = 205.743, p = .000$] e 48.5% da variância no BSI [$F(1,220) = 209.512, p = .000$].

Na amostra clínica (N=58), evidenciou-se que ERSN-43 prediz 35.7% da variância no *Bem-estar psicológico* [$F(1,56) = 31.072, p = .000$], 27.4% da variância no *Distress psicológico* [$F(1,56) = 22.505, p = .000$] e 23% da variância no BSI [$F(1,56) = 18.001, p = .000$].

Para perceber quais as variáveis *Reavaliação Cognitiva* e *Supressão Emocional*, DERS e EDPE que, em interação, melhor predizem os resultados da ERSN-43 recorreu-se a uma regressão linear múltipla *stepwise*.

Na amostra não-clínica (N=222) evidenciou-se que a EDPE prediz 41.2% da variância na ERSN-43 [$F(1,220) = 155.991, p = .000$]. De acordo com o modelo, a sequência aditiva de variáveis é a seguinte: EDPE; subescala *Reavaliação Cognitiva* do QRE [$F(1,219) = 86.457, R^2 = .436, p = .000$]; e, por último, com a DERS o modelo explica 50.3% da variância na ERSN-43 [$F(1,218) = 75.580, p = .000$]. A subescala

Supressão Emocional não se apresentou como preditor significativo da variância na ERSN-43.

Na amostra clínica evidenciou-se que a DERS prediz 24.9% da variância na ERSN-43 [$F(1,56) = 19.854, p = .000$] e, de acordo com o modelo, adicionando a subescala *Reavaliação Cognitiva* do QRE, este explica 33.1% da variância na ERSN-43 [$F(1,55) = 15.083, p = .000$]. A EDPE e a subescala *Supressão Emocional* não se apresentaram como preditores significativos da variância na ERSN-43.

Posto isto, realizaram-se três regressões lineares múltiplas *stepwise* para perceber quais as medidas (*Reavaliação Cognitiva*, *Supressão Emocional*, DERS, EDPE e ERSN-43) que, em interação, melhor predizem o *Bem-Estar* e *Distress Psicológicos*, bem como o BSI. Neste sentido, e para as restantes análises, a ERSN-43 foi recategorizada como variável independente.

Na amostra não-clínica (N=222) evidenciou-se que a EDPE prediz 39.3% da variância no *Bem-Estar Psicológico* [$F(1,220) = 143.927, p = .000$]. De acordo com o modelo, a sequência aditiva de variáveis é a seguinte: EDPE; subescala *Reavaliação Cognitiva* do QRE [$F(1,219) = 83.256, R^2 = .427, p = .000$]; DERS [$F(1,218) = 62.871, R^2 = .456, p = .000$]; e, por último, com a ERSN-43 o modelo explica 56.5% da variância no *Bem-Estar Psicológico* [$F(1,217) = 72.823, p = .000$]. A subescala *Supressão Emocional* não se apresentou como preditor significativo da variância no *Bem-Estar Psicológico*.

Na amostra clínica (N=58) verificou-se que a ERSN prediz 34.5% da variância no *Bem-Estar Psicológico* [$F(1,56) = 31.072, p = .000$]. A EDPE, DERS e as subescalas *Reavaliação Cognitiva* e *Supressão Emocional* não se apresentaram como preditores significativos da variância no *Bem-Estar Psicológico*.

Na amostra não-clínica (N=222) verificou-se que a EDPE prediz 45.8% da variância no *Distress Psicológico* [$F(1,220) = 187.655, p = .000$], sendo a escala que mais prediz os resultados do *Distress Psicológico*. De acordo com o modelo, a sequência aditiva de variáveis é a seguinte: EDPE; subescala *Reavaliação Cognitiva* do QRE [$F(1,219) = 103.191, R^2 = .480, p = .000$]; DERS [$F(1,218) = 83.880, R^2 = .529, p = .000$]; e, por último, com a ERNS-43 o modelo explica 59.7% da variância no *Distress Psicológico* [$F(1,217) = 80.471, p = .000$].

Na amostra clínica (N=58) evidenciou-se que a DERS prediz 12.8% da variância no *Distress Psicológico* [$F(1,56) = 9.372, p = .003$]. De acordo com o modelo, a sequência aditiva de variáveis é a seguinte: DERS; EDPE [$F(1,55) = 9.966, R^2 = .239, p = .000$]; e, por último, com a ERNS-43 o modelo explica 33.2% da variância no *Distress Psicológico* [$F(1,54) = 10.425, p = .000$].

Na amostra não-clínica (N=222) evidenciou-se que o valor global da ERSN-43 prediz 48.5% da variância no BSI [$F(1,220) = 209.512, p = .000$]. De acordo com o modelo, a sequência aditiva de variáveis é a seguinte: ERSN-43; subescala *Supressão Emocional* do QRE [$F(1,219) = 110.939, R^2 = .499, p = .000$]; DERS [$F(1,218) = 110.472, R^2 = .598, p = .000$]; e, por último, com a EDPE o modelo explica 69.6% da variância no BSI [$F(1,217) = 127.547, p = .000$]. A subescala *Reavaliação Cognitiva* não se apresentou como preditor significativo.

Na amostra clínica (N=58) evidenciou-se que a DERS prediz 47.5% da variância no BSI [$F(1,56) = 52.560, p = .000$] e, de acordo com o modelo, adicionando a EDPE o modelo explica 52.7% da variância no BSI [$F(1,55) = 32.715, p = .000$]. A ERSN-43 e as subescalas *Reavaliação Cognitiva* e *Supressão Emocional* não se apresentaram como preditores significativos da variância no BSI.

Utilizando uma regressão logística, com o objectivo de perceber o efeito diferencial da DERS, da *Reavaliação Cognitiva*, da *Supressão Emocional* e da ERSN-43 (em interacção) nas diferenças entre a amostra clínica e não-clínica, verificou-se que a *Supressão Emocional* não prediz significativamente as diferenças entre as amostras. Para ser possível comparar a força de predição das variáveis, no sentido de perceber qual o melhor preditor das diferenças entre as duas amostras, foi necessário recorrer à equação da regressão logística de modo a ser possível calcular o coeficiente de Beta Estandardizado ($\hat{\beta}$) (King, 2007). Verificou-se que a ERSN-43 é a melhor preditora das diferenças entre as amostras ($\beta = .573$, $p = .007$, $\hat{\beta} = .089$), seguida da DERS ($\beta = -.692$, $p = .022$, $\hat{\beta} = -.079$) e, por último, da *Reavaliação Cognitiva* ($\beta = -.310$, $p = .044$, $\hat{\beta} = -.068$).

A Figura 1 apresenta os valores médios da ERSN-43, da DERS e das estratégias de regulação emocional *Reavaliação Cognitiva* e *Supressão Emocional* do QRE, nas duas amostras estudadas.

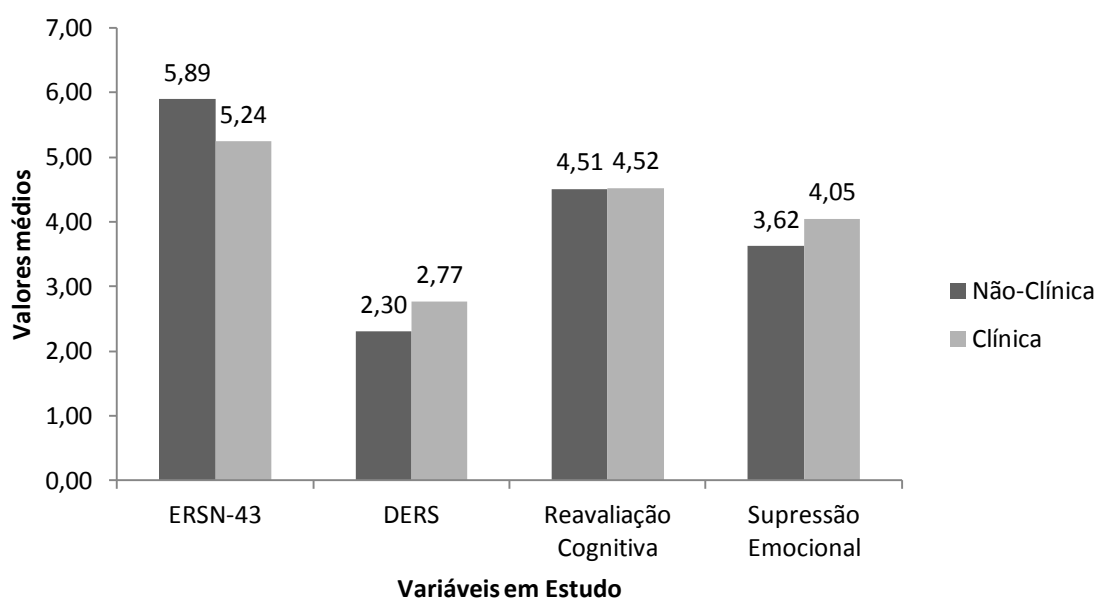


Figura 1. Valores médios da ERSN-43, da DERS e da subescala *Supressão Emocional* do QRE, na amostra não-clínica ($N=222$) e na amostra clínica ($N=58$)

MANCOVA

Por último, utilizou-se a MANCOVA com o objectivo de perceber qual o conjunto de variáveis independentes (DERS, *reavaliação cognitiva*, *supressão emocional* e ERSN-43), em interacção, que melhor explica a covariância das variáveis dependentes (bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia), nas duas amostras.

Neste sentido, após vários testes, encontrou-se um modelo interativo óptimo entre a ERSN-43, a *reavaliação cognitiva* e a DERS que melhor explica a covariância para o bem-estar psicológico ($F = 6.887$, $p = .009$) e para a sintomatologia ($F = 6.240$, $p = .013$), nas duas amostras. Deste modo, é possível sugerir que a interacção entre as variáveis DERS, *reavaliação cognitiva*, *supressão emocional* e ERSN-43 é responsável pela covariância do bem-estar e da sintomatologia.

Discussão

Relativamente à associação entre as dificuldades de regulação emocional e as estratégias de regulação emocional *supressão emocional* e *reavaliação cognitiva*, na amostra não-clínica, apesar de apresentarem correlações fracas, estas são significativas no sentido esperado (dificuldades na regulação emocional estão associadas a uma maior utilização da *supressão emocional* e menor utilização da *reavaliação cognitiva*). No entanto, o mesmo não acontece na amostra clínica, onde as dificuldades de regulação emocional não estão associadas à utilização de *supressão emocional*, não sendo possível confirmar a hipótese 1. No entanto, estas estão fortemente associadas à utilização de *reavaliação cognitiva*, sugerindo que, nesta amostra, o recurso à estratégia de *reavaliação cognitiva* está fortemente associado a menores dificuldades em regular as emoções.

É importante salientar que a *reavaliação cognitiva* é uma estratégia de regulação emocional que consiste na modificação cognitiva da avaliação que é feita à situação, antecedendo o impacto emocional. Neste sentido, além de modificar a expressão emocional, modifica também o que é vivenciado pelo indivíduo, traduzindo-se assim numa estratégia adaptativa de regulação emocional (Webb, Miles, & Sheeran, 2012; Gross, 2002). Consequentemente é esperado que a utilização desta estratégia esteja associada a menores dificuldades de regulação emocional, corroborando os resultados encontrados. Por sua vez, a *supressão emocional* consiste na modificação da componente expressiva da resposta emocional, inibindo o comportamento expressivo-emocional, após a vivência da emoção pelo indivíduo, aumentando assim as consequências negativas ao nível social, afectivo e cognitivo (Gross, 2014; Gross & John, 2003; Richards & Gross, 2000). Ainda assim, é importante ter em conta que, mais do que a estratégia usada, é importante a adequação da estratégia às especificidades da

situação, e aos objectivos individuais (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2002). Assim, a *supressão emocional* não pode, por si só, ser considerada desadaptativa, o que pode explicar a ausência de correlações e predições significativas com este constructo. Apesar disto, os resultados encontrados parecem corroborar a importância da adequação das estratégias à situação, devido ao facto de não se encontrar uma correlação significativa entre a *supressão emocional* e as dificuldades de regulação emocional.

Ainda assim, é importante referir que o facto de a constituição das subescalas não estar de acordo com a análise factorial de ambas as amostras (tendo sido respeitada a constituição das subescalas de acordo com a versão da tradução e adaptação à população portuguesa) pode estar a interferir nos resultados, especificamente na subescala *supressão emocional* onde o item 5 não se correlaciona com o total da subescala.

As correlações entre as restantes variáveis em estudo (Quadro 2), em ambas as amostras, parecem ir no sentido esperado de acordo com os estudos anteriores já referidos (Costa, 2015; Leonardo, 2013; Sol, 2012; Telo, 2012). No geral, tanto as correlações como as regressões encontradas na amostra não-clínica são mais fortes do que as encontradas na amostra clínica, podendo ser possível encontrar algumas hipótese explicativas para isso. O facto de se tratar de uma população clínica pode indicar uma maior activação dos mecanismos de defesa, fazendo com que os indivíduos desta amostra tenham tido uma atitude mais defensiva face aos itens com conteúdos emocionalmente mais activadores. Além disso, é possível que o facto de a grande maioria da população clínica estar a receber acompanhamento psicoterapêutico, havendo uma heterogeneidade na amostra também em relação à fase do processo psicoterapêutico, possa ter contribuído para a diminuição da associação e da predição entre as variáveis desta amostra.

Ainda, é relevante referir que a regulação da satisfação das necessidades e as dificuldades de regulação emocional são as variáveis mais fortemente correlacionadas com o bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia, para a amostra não-clínica. O mesmo acontece na amostra clínica, à excepção da correlação entre as dificuldades de regulação emocional e o bem-estar, onde a associação entre as variáveis, apesar de ir no sentido esperado, não é significativa. Este resultado, não congruente com o esperado, remete-nos novamente para as hipóteses explicativas anteriormente descritas.

A partir da observação das regressões lineares simples conclui-se que, isoladamente, as dificuldades de regulação emocional e a estratégia *reavaliação cognitiva* conseguem predizer, de forma significativa, a variância da regulação da satisfação das necessidades psicológicas, para as duas amostras. Neste sentido, é possível inferir que menos dificuldades de regulação emocional se associam a níveis mais elevados de regulação da satisfação das necessidades, acontecendo o mesmo relativamente à *reavaliação cognitiva* (ainda que o grau de predição seja menor), o que parece confirmar, em parte, a hipótese 2. Revela-se importante salientar que as dificuldades de regulação emocional explicam isoladamente 43,9% da variância da regulação das necessidades psicológicas, sendo que a subescala *Estratégias* é a que mais contribui para a variância da regulação das necessidades (43.2%), enfatizando o papel da dificuldade em aceder a *Estratégias* percebidas como efectivas na regulação da satisfação das necessidades psicológicas.

No entanto, para a amostra clínica a utilização de *supressão emocional* não permite predizer a regulação da satisfação das necessidades, não sendo assim possível confirmar na sua totalidade a hipótese colocada. Mais uma vez, o facto de a *supressão emocional* ser uma estratégia de regulação emocional ambígua, no sentido em que

necessita de um contexto e situação específica para poder ser avaliada em termos de desadaptatividade, pode ter influência nos resultados.

Corroborando os estudos anteriores (Conde, et al., 2012; Costa, 2015; Leonardo, 2013; Leonardo, 2013; Sol, 2012; Telo, 2012; Vargues-Conceição, 2013; Vasco, Elsa, Fonseca, Telo, & Sol, 2013), verificou-se que a regulação da satisfação das necessidades se revela como um bom preditor isolado tanto do bem-estar, como do *distress* psicológico e sintomatologia, em ambas as amostras, confirmando a hipótese 3.

Através do modelo de sequências aditivas, podemos inferir que, na amostra não-clínica, as dificuldades de processamento emocional, a estratégia *reavaliação cognitiva* e as dificuldades de regulação emocional, em interação, conseguem predizer significativamente 50.3% da variância da regulação da satisfação das necessidades psicológicas, sendo que na amostra clínica, apenas as dificuldades de regulação emocional e a estratégia *reavaliação cognitiva*, em interação, conseguem predizer significativamente a regulação das necessidades psicológicas.

Apesar de não ser possível confirmar a hipótese 4, estes resultados dão importantes contributos para a enfatização de que a capacidade de processar e regular as emoções é capaz de predizer a regulação da satisfação das necessidades, corroborando a teoria de Vasco (2013) que atribui ao sistema emocional o papel de sinalizador do grau de regulação da satisfação das necessidades psicológicas do indivíduo.

Ainda assim, verifica-se que, na amostra clínica, as dificuldades de processamento emocional não se apresentam como preditor significativo da variância da regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Apesar de não ser o resultado esperado, é congruente com a hipótese explicativa da heterogeneidade desta amostra. Segundo Silva (2008), o princípio geral para quem trabalha com emoções em psicoterapia é a promoção da consciência das mesmas, sabendo que essa consciência

facilita o processamento emocional e consequentemente o funcionamento adaptativo dos indivíduos. Assim, a autora defende que os processos emocionais têm um papel fulcral na compreensão e promoção da mudança terapêutica. Neste sentido, sabendo que o processamento emocional é uma das chaves mestras em psicoterapia, é possível colocar a hipótese de haver uma heterogeneidade em relação às dificuldades de processamento emocional nesta amostra, visto que os indivíduos se encontram em fases diferentes do processo terapêutico e, portanto, em diferentes fases do trabalho emocional.

De acordo com os resultados encontrados, a hipótese 5, que sugere que a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, as dificuldades de regulação e de processamento emocional e as estratégias de regulação emocional *reavaliação cognitiva* e *supressão emocional* predizem significativamente o bem-estar e o *distress* psicológicos, e a sintomatologia, para ambas as amostras, não pode ser confirmada.

Mais uma vez, a amostra não-clínica apresentou valores mais elevados das predições do que a amostra clínica, sendo que, para esta amostra, em interacção, a regulação da satisfação das necessidades e as dificuldades de regulação e de processamento emocional, são preditoras de uma grande percentagem da variância (>56,5%) tanto no bem-estar, como no *distress* psicológico ou sintomatologia. Se por um lado a *reavaliação cognitiva*, em interacção com as restantes variáveis independentes, se apresentou como um preditor significativo para o bem-estar e para o *distress*, o mesmo não aconteceu para a sintomatologia, onde foi a *supressão emocional* que se revelou significativa.

Podemos encontrar o mesmo modelo de interacção na predição significativa da variância, tanto do bem-estar, como do *distress* psicológico, o que está em concordância com o facto de estas duas variáveis serem constructos complementares na dimensão da

saúde mental. Deste modo, parece que para a amostra não-clínica, elevadas dificuldades no processamento emocional e na regulação emocional, bem como baixas capacidades de regulação da satisfação das necessidades psicológicas e a reduzida utilização da estratégia *reavaliação* cognitiva predizem significativamente baixos níveis de bem-estar e elevados níveis de *distress* psicológico.

Na amostra clínica, relativamente à variância do bem-estar, apenas a regulação da satisfação das necessidades psicológicas aparece significativamente como preditora, sugerindo que, para esta amostra, elevados níveis de regulação da satisfação das necessidades psicológica predizem elevados níveis de bem-estar. Em relação à variância do *distress* nesta amostra, apenas as estratégias de regulação emocional (*reavaliação cognitiva* e *supressão emocional*) não parecem ser preditoras significativas no modelo de interacção que explica 33.2%. O que parece ir ao encontro do que já foi abordado acerca das estratégias de regulação emocional.

A variância da sintomatologia é explicada em 52.7% pela interacção entre as dificuldades de regulação e de processamento emocional. Estes resultados parecem sugerir que, para a amostra clínica, a variância da sintomatologia é explicada maioritariamente por factores do funcionamento emocional, estando associado a um funcionamento emocional desadaptativos, um aumento da sintomatologia.

Segundo os resultados da regressão linear logística, não é possível confirmar a hipótese 6, pois a *supressão emocional* não contribui de forma significativa para a diferença entre as amostras. Ainda assim, os resultados apresentados são bastante relevantes pois sugerem que, em interacção, a regulação da satisfação das necessidades se apresenta como o melhor preditor das diferenças entre as amostras, seguida pelas dificuldades de regulação emocional e pela *reavaliação cognitiva*. A MANCOVA remete para a interacção entre o mesmo conjunto de variáveis (regulação da satisfação

das necessidades, dificuldades de regulação emocional e *reavaliação cognitiva*) como responsáveis pela covariância do bem-estar e da sintomatologia, demonstrando que, este é o conjunto de variáveis independentes que melhor explicam as diferenças encontradas no bem-estar e na sintomatologia nas duas populações.

Conclusão

De uma forma geral, os resultados encontrados na amostra não-clínica sugerem que as variáveis que remetem para o processamento e regulação emocional predizem de forma significativa a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e, em interação também com estas, parecem explicar, também de forma significativa, as variâncias encontradas no bem-estar, no *distress* psicológico e na sintomatologia.

Na amostra clínica, os resultados parecem não ser tão claros. As dificuldades de regulação emocional parecem ser capazes de prever a regulação da satisfação das necessidades. No entanto, para explicar a variância do bem-estar, apenas a regulação da satisfação das necessidades parece ser significativa. Em relação à variância do *distress* psicológico, aparecem como preditores as variáveis que remetem para o processamento e regulação emocional juntamente com a regulação da satisfação das necessidades. A variância da sintomatologia parece ser explicada maioritariamente pelas dificuldades de processamento e de regulação emocional.

Por último, é possível sugerir que a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, as dificuldades de regulação emocional e a *reavaliação cognitiva*, em interação, se revelam como preditoras das diferenças entre as amostras, sendo também, quem melhor explica as diferenças encontradas no bem-estar e na sintomatologia.

Em termos clínicos, os resultados deste estudo parecem ser relevantes. Se por um lado remetem para a necessidade de trabalhar a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, visto ser determinante para o bem-estar/*distress* psicológico

e sintomatologia, por outro lado remetem para a importância do processamento e regulação emocional na compreensão e promoção da mudança terapêutica. Neste sentido, parece ser consensual a importância de intervenções psicoterapêuticas que integrem um funcionamento emocional adequado, fomentando o experienciar das emoções e a activação, diferenciação e expressão emocional, bem como as capacidades de regulação emocional, essenciais na criação de tendências de acção potencialmente adaptativas e geradoras de bem-estar (Vasco, 2013). Além disso, parece relevante salientar a importância de se trabalhar no acesso a estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes pois, sendo estas bastante preditoras da regulação da satisfação das necessidades, vão também contribuir para o aumento de bem-estar e redução do *distress* e sintomatologia.

Através de um olhar crítico, é possível encontrar algumas limitações para este estudo. Em primeiro lugar, o número elevado de instrumentos a serem respondidos (dez no total, cerca de uma hora de preenchimento) pode ter, devido ao cansaço, provocado respostas ao acaso. Sendo também uma limitação o facto de os instrumentos utilizados serem medidas de autorrelato, com elevada validade facial, vulneráveis a distorções não intencionais, bem como respostas ao acaso.

Ainda, segundo Gratz e Roemer (2004), estudos têm defendido que a compreensão e avaliação dos processos e estratégias de regulação emocional de cada indivíduo apenas será completamente alcançada quando se considerarem as exigências situacionais e objectivos individuais. Neste sentido, o questionário de regulação emocional parece ser mais informativo a um nível qualitativo e idiossincrático, dando informações relevantes acerca das estratégias utilizadas na regulação emocional, estando correlacionado com a forma de lidar com as situações e com a diferenciação de experiências emocionais (Vaz & Martins, 2009). No entanto, revela-se particularmente

difícil de analisar quantitativamente, possivelmente devido à dificuldade em avaliar em termos objectivos, e independentes da situação, a “eficácia” e adaptabilidade das diferentes estratégias de regulação emocional. Assim, surge como limitação, a utilização deste questionário. Ainda, devido ao facto de, nas amostras deste estudo, a *supressão emocional* ter uma baixa consistência interna e a saturação do item 5 não ser no factor ao qual pertence (de acordo com a versão utilizada) pode também ser limitativo.

Uma outra limitação é o facto de ter sido a primeira vez que a EDPE foi utilizada, sendo necessários mais estudos que confirmem as suas qualidades psicométricas e a sua estrutura interna. E surge ainda como limitação o facto de a amostra não-clínica ter sido recolhida através de uma plataforma *online*, não permitindo o controlo das condições de preenchimento, bem como o facto de esta não ser representativa da população, não permitindo a generalização destes resultados.

Por último, surge como limitação o facto de a amostra clínica, além de pequena, ser bastante heterogénea, tanto ao nível das perturbações que a compõem (maioritariamente composta por indivíduos com quadros depressivos), como ao nível do acompanhamento psicoterapêutico, e consequentemente ao nível da fase de acompanhamento em que se encontram. Assim, apesar de a presença desta amostra enriquecer bastante este estudo, é importante ter em consideração as suas características na interpretação dos resultados.

Em futuras investigações, seria interessante a criação de um questionário de regulação emocional que contemplasse o contexto e os objectivos individuais na avaliação das estratégias de regulação emocional, bem como a continuação deste estudo, aumentando e homogeneizando a amostra clínica, para que fosse possível comparar os resultados em termos de diagnóstico clínico e de fase do processo de acompanhamento psicoterapêutico.

Referências

- Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between life cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 89-96. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.11.012.
- Barreira, J., & Vasco, A. B. (2015). Proposta de Trabalho: Escala de Dificuldades de Processamento Emocional. Documento em Trabalho.
- Burns, S., Roberts, L. D., Egan, S., & Kane, R. (2015). Evaluating emotion processing and trait anxiety as predictors of non-criminal psychopathy. *Personality and individual differences*, 81, 148-154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.044>.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades como boi para um palácio: Perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, 55-73.
- Conde, E., Vasco, A. B., Ferreira, A., Romão, A. M., Silva, G., Sol, A., & Vargues-Conceição, C. (2012). *Regulação da Satisfação de Necessidades Psicológicas: Influência no Bem-Estar e Distress Psicológicos e na Sintomatologia de acordo com o Modelo de Complementaridade Paradigmática*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Costa, I. (2015). *Necessidades psicológicas e regulação emocional na perturbação obsessivo-compulsiva*. Portugal: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e a sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín.*, 37 (4), 145-151. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(03), 595-605.
- Elliott, R. (2012). Emotion-Focused Therapy. In P. Sanders, *The Tribes of the Person-Centred Nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (2n ed., pp. 103-130). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fletcher, K., Parker, G., Bayes, A., Paterson, A., & McClure, G. (2014). Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: Differences and relationships with perceived parental style. *Journal of Affective Disorders*, 157, 52-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.001>.
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14, 309-313. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, No 1, 41-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>.
- Greenberg, L. S. (2004). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington: APA.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8, 32-42.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in Psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent and response-Focused Emotion Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1, 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>.
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, No. 6, 214-219. <http://www.jstor.org/stable/20182746>.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. <http://dx.doi.org/10.1017/S0048577201393198>.
- Gross, J. J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed., pp. 3-20). New York: The Guilford Press.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, No. 2, 348-362. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>.
- King, J. E. (2007). Standardized coefficients in logistic regression. *Annual meeting of the Southwest Educational Research Association* (pp. 7-10). San Antonio, Texas: Baylor College of Medicine.
- Leonardo, C. (2013). *Regulação emocional e da satisfação das necessidades psicológicas na ansiedade social*. Portugal: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Lilly, M. M., & Lim, B. H. (2013). Shared pathogeneses of Posttrauma Pathologies: Attachment, emotion regulation, and cognitions. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 737-748. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21934>.
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83, No. 1, 131-141. <http://dx.doi.org/10.1111/ajop.12001>.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. Crows Nest, Australia: Allen & Unwin.
- Ribeiro, J. P. (2011). *Inventário de Saúde Mental*. Lisboa: Placebo.
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410-424. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.410>.
- Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2014). Prospective associations between features of Borderline Personality Disorder, Emotion Dysregulation, and Aggression. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5, No 3, 278-288. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000070>.
- Silva, A. C. (2008). *Alexitimia e dificuldades de processamento emocional: impactos no processo terapêutico*. Portugal: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Sol, A. (2012). *Relações entre sintomatologia e necessidades, bem-estar e distress psicológicos*. Portugal: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.

- Svaldi, J., Gripenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology. *Psychiatry Research*, 197, 103-111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>.
- Telo, C. (2012). *Relações entre a Regulação Emocional, a Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, o Bem-estar/Distress Psicológicos e a Sintomatologia*. Portugal: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Vargues-Conceição, C. (2013). *Necessidades Psicológicas e relações com o bem-estar/distress psicológicos e sintomatologia: Estudo da polaridade dialética prazer/dor*. Portugal: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Vasco, A. B. (2005). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: variedade e integração. *Psychologica*, 40, 11-36.
- Vasco, A. B. (Maio de 2010). Fragments of an Integrative Therapeutic Discourse: Therapists, Emotions, Needs and the Therapeutic Process. *Comunicação apresentada na 26ª conferência anual da Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*. Florença, Itália.
- Vasco, A. B. (2012). *Quando um peixe encarnado nos começa, de súbito, a revelar a sua também cor negra, pintemo-lo, então, digamos, de amarelo: Em volta da integração em Psicoterapia*. Comunicação apresentada no 1.º Congresso Nacional da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. B. (2013). Sinto e penso, logo existo!: Abordagem integrativa das emoções. *PsiLogos*, 11, No.1, 37-44.
- Vasco, A. B., Elsa, C., Fonseca, M. J., Telo, C., & Sol, A. (2013). *Putting it all together: Differential predictive values of early maladaptive schemas, alexithymia, emotional regulation, and the regulations of psychological needs satisfaction on psychological well-being/distress and symptomatology*. Comunicação apresentada na 29ª Conferência da Society for the Exploration of Psychotherapy Integration: Psychotherapy Integration: Researchers.
- Vaz, F., & Martins, C. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa (Dissertação de Mestrado)*. Universidade do Minho.

- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>.
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138 (4), 775-808. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027600>.

Anexos

Anexo A

Caracterização da amostra Clínica e da amostra Não-Clínica

Quadro 3. *Caracterização da amostra Clínica e da amostra Não-Clínica*

	Clínica	Não-Clínica
N	58	222
Idade		
M	46,59	30,28
DP	13,278	11,320
Mínima	22	18
Máxima	77	62
Sexo		
Masculino	13 (22,4%)	48 (21,6%)
Feminino	45 (77,6%)	174 (78,4%)
Habilitações Literárias		
4º ano	5 (8,6%)	-
6º ano	3 (5,2%)	-
9º ano	8 (13,8%)	-
12º ano	23 (39,7%)	39 (17,6%)
Licenciatura	15 (25,9%)	127 (57,2%)
Mestrado	4 (6,9%)	56 (25,2%)
Acompanhamento terapêutico		
Sim	50 (86,2%)	34 (15,3%)
Não	8 (13,8%)	188 (84,7%)

Anexo B

Continuação da caracterização detalhada da amostra Clínica

Quadro 4. *Continuação da caracterização da amostra Clínica*

		Amostra Clínica
N		58
Diagnóstico		
	Perturbação Depressiva	17 (29.3%)
	Distímia	12 (20.7%)
	Episódio Depressivo	6 (10.3%)
	Perturbação Bipolar	8 (13.8%)
	Perturbação de Ansiedade	5 (8.6%)
	Perturbação Obsessivo-Compulsiva	3 (5.2%)
	Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i>	4 (6.9%)
	Perturbação Delirante	3 (5.2%)
Comorbilidade com Perturbação da Personalidade		
	Sim	10 (17.2%)
	Não	48 (82.8%)
Acompanhamento terapêutico		
	Sim	50 (86,2%)
	Não	8 (13,8%)
Fase do acompanhamento terapêutico		
	Não aplicável	8 (13.8%)
	Fase inicial	11 (19%)
	Fase Intermédia	17 (29.3%)
	Fase Final	22 (37.9%)

Anexo C

Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (DERS)

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Kim L. Gratz & Lizabeth Roemer, 2004

Department of Psychology

University of Massachusetts

Tradução e Adaptação da Versão Portuguesa

Joana Coutinho, Eugénia Ribeiro, Raquel Ferreirinha & Paulo Dias, 2010

Escola de Psicologia

Universidade do Minho

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si colocando o número apropriado da escala abaixo indicada na linha anterior a cada item:

1-----	2-----	3-----	4-----	5-----
quase nunca	algumas vezes	metade das vezes	a maioria das vezes	quase sempre
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)

- ____ 1) Percebo com clareza os meus sentimentos.
- ____ 2) Presto atenção a como me sinto.
- ____ 3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo.
- ____ 4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.
- ____ 5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.
- ____ 6) Estou atento(a) aos meus sentimentos.
- ____ 7) Sei exatamente como me estou a sentir.
- ____ 8) Interesse-me por aquilo que estou a sentir.
- ____ 9) Estou confuso(a) sobre como me sinto.
- ____ 10) Quando estou chateado(a), apercebo-me das minhas emoções.
- ____ 11) Quando estou chateado(a), fico zangado(a) comigo próprio(a) por me sentir assim.
- ____ 12) Quando estou chateado(a), fico embaraçado(a) por me sentir assim.
- ____ 13) Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em realizar tarefas.
- ____ 14) Quando estou chateado(a), fico fora de controlo.
- ____ 15) Quando estou chateado(a), penso que me vou sentir assim por muito tempo.
- ____ 16) Quando estou chateado(a), penso que vou acabar por me sentir muito deprimido(a).
- ____ 17) Quando estou chateado(a), acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.

1-----2-----3-----4-----5
quase nunca algumas vezes metade das vezes a maioria das vezes quase sempre
(0-10%) (11-35%) (36-65%) (66-90%) (91-100%)

- ____ 18) Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.
- ____ 19) Quando estou chateado(a), sinto-me fora de controlo.
- ____ 20) Quando estou chateado(a), continuo a conseguir fazer as coisas
- ____ 21) Quando estou chateado(a), sinto-me envergonhado(a) de mim próprio por me sentir assim.
- ____ 22) Quando estou chateado(a), sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.
- ____ 23) Quando estou chateado(a), sinto que sou fraco(a).
- ____ 24) Quando estou chateado(a), sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos
- ____ 25) Quando estou chateado(a), sinto-me culpado(a) por me sentir assim.
- ____ 26) Quando estou chateado(a), tenho dificuldades em concentrar-me.
- ____ 27) Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.
- ____ 28) Quando estou chateado(a), acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.
- ____ 29) Quando estou chateado(a), fico irritado comigo próprio(a) por me sentir assim.
- ____ 30) Quando estou chateado(a), começo a sentir-me muito mal comigo próprio(a).
- ____ 31) Quando estou chateado(a), acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.
- ____ 32) Quando estou chateado(a), perco o controlo sobre os meus comportamentos.
- ____ 33) Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.
- ____ 34) Quando estou chateado(a), dedico algum tempo para perceber o que realmente estou a sentir.
- ____ 35) Quando estou chateado(a), demoro muito tempo até me sentir melhor
- ____ 36) Quando estou chateado(a), as minhas emoções parecem avassaladoras.

Anexo D

Consistência Interna da Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (DERS)

Quadro 5. *Consistência Interna da Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (DERS) do estudo original, da adaptação portuguesa e do estudo actual (amostra Clínica e amostra Não-Clínica)*

	Estudo original	Adaptação Portuguesa	Estudo Actual	
	(N=357)	(N=324)	Amostra Não-Clínica (N=222)	Amostra Clínica (N=58)
Não aceitação	.85	.86	.892	.924
Objectivos	.89	.85	.879	.831
Impulsos	.86	.80	.871	.892
Consciência	.80	.74	.825	.795
Estratégias	.88	.88	.898	.897
Clareza	.84	.75	.848	.749
Escala Global	-	-	.946	.938

Anexo E

Questionário de Regulação Emocional (QRE)

Questionário de Regulação Emocional

J. Gross & O. John (2003)

Adaptado para a População Portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008)

Instruções: Gostaríamos de lhe colocar algumas questões acerca da sua vida emocional, em particular como controla (isto é, como regula e gere) as suas emoções. As seguintes abaixo envolvem duas componentes distintas da sua vida emocional. Uma é a sua experiência emocional, isto é, a forma como se sente. A outra componente é a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções na forma como fala, faz determinados gestos ou actua. Apesar de algumas afirmações poderem parecer semelhantes, diferem em importantes aspectos. Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

Discordo Totalmente

Não concordo nem discordo

Concordo Totalmente

1. ____ Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), *mudo o que estou a pensar.*
2. ____ Guardo as minhas emoções para mim próprio(a).
3. ____ Quando quero sentir menos emoções *negativas* (como tristeza ou raiva) *mudo o que estou a pensar.*
4. ____ Quando estou a sentir emoções *positivas*, tenho cuidado para não as expressar.
5. ____ Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.
6. ____ Eu controlo as minhas emoções *não as expressando.*
7. ____ Quando quero sentir mais emoções *positivas*, eu *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.
8. ____ Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.
9. ____ Quando estou a experienciar *emoções negativas*, faço tudo para não as expressar.
10. ____ Quando quero sentir menos *emoções negativas*, *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.

Anexo F

Distribuição Factorial dos Itens do Questionário de Regulação Emocional (QRE) na amostra não-clínica (N=222) e clínica (N=58)

Quadro 6. *Distribuição Factorial dos Itens do Questionário de Regulação Emocional (QRE) na amostra não-clínica (N=222) e clínica (N=58)*

	Amostra não-clínica		Amostra clínica	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
1. Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), <i>mudo o que estou a pensar.</i>	.680	.086	.836	.146
2. Guardo as minhas emoções para mim próprio(a).	-.048	.782	-.075	.741
3. Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) <i>mudo o que estou a pensar.</i>	.832	.058	.678	.160
4. Quando estou a sentir emoções <i>positivas</i> , tenho cuidado para não as expressar.	.010	.705	-.130	.636
5. Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.	.546	-.022	.731	-.051
6. Eu controlo as minhas emoções <i>não as expressando.</i>	.110	.754	.054	.718
7. Quando quero sentir mais emoções <i>positivas</i> , eu <i>mudo a forma como estou a pensar</i> acerca da situação.	.869	.022	.871	-.047
8. Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.	.824	.020	.733	-.074
9. Quando estou a experienciar <i>emoções negativas</i> , faço tudo para não as expressar.	.027	.761	.276	.714
10. Quando quero sentir menos <i>emoções negativas</i> , <i>mudo a forma como estou a pensar</i> acerca da situação.	.869	-.007	.868	-.037

Anexo G

Consistência Interna do Questionário de Regulação Emocional (QRE) por subescala, com omissão de cada um dos itens e com o valor de correlação item-total, para a mostra não-clínica (N=222) e clínica (N=58) do presente estudo

Quadro 7. *Consistência Interna da subescala Reavaliação Cognitiva e da subescala Supressão Emocional do presente estudo (amostra Clínica e amostra Não-Clínica), com omissão de cada um dos itens e com o valor de correlação item-total.*

Escalas	Itens	Amostra não-clínica (N=222)		Amostra clínica (N=58)	
		Correlação item-total	<i>Alpha</i> da subescala com a omissão do item	Correlação item-total	<i>Alpha</i> da subescala com a omissão do item
<i>Reavaliação Cognitiva</i>	1	.570	.890	.767	.824
	3	.749	.846	.615	.863
	7	.788	.838	.756	.826
	8	.698	.858	.538	.877
	10	.781	.839	.807	.812
<i>Supressão Emocional</i>	2	.477	.534	.365	.462
	4	.463	.549	.258	.525
	5	.012	.743	.009	.667
	6	.554	.489	.465	.405
	9	.498	.526	.550	.347

Reavaliação Cognitiva

- Amostra Clínica (N=58), $\alpha = .869$
- Amostra não-clínica (N=222), $\alpha = .880$

Supressão Emocional

- Amostra Clínica (N=58), $\alpha = .551$
- Amostra não-clínica (N=222), $\alpha = .635$

Anexo H

Escala de Dificuldades de Processamento Emocional (EDPE)

Escala de Dificuldades de Processamento Emocional (EDPE)

(Barreira, J. & Vasco, B., 2015)

Instruções: Por favor indique com que frequência vivencia as experiências mencionadas nas seguintes afirmações. Com base na seguinte escala de 1 a 5, por favor, selecione, à frente de cada afirmação, o valor que melhor corresponde à sua experiência. É importante que responda a todos os itens. Obrigado!

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

1. Acontece-me interromper a vivência da minha zanga.					
2. Acontece-me sentir um “aperto no peito” a que não consigo atribuir sentido.					
3. Acontece-me sentir uma tensão no corpo a que não consigo atribuir sentido.					
4. Acontece sentir-me frágil.					
5. Acontece-me ficar confuso(a) com as minhas reações.					
6. Acontece-me sentir um “aperto no estômago” a que não consigo atribuir sentido.					
7. Acontece sentir-me envergonhado(a) comigo mesmo(a).					
8. Acontece criticar-me pelo que faço.					
9. Acontece criticar-me pelo que sinto.					
10. Sinto mágoa face a pessoas importantes que fazem ou fizeram parte da minha vida.					
11. Acontece dar por mim criticar-me.					
12. Acontece-me ficar surpreendido(a) com as minhas reações comportamentais a acontecimentos específicos.					
13. Acontece-me sentir um “aperto na garganta” a que não consigo atribuir sentido.					
14. Acontece-me interromper a vivência do meu medo.					
15. Acontece-me ficar surpreendido(a) com as minhas reações emocionais a acontecimentos específicos.					
16. Acontece-me interromper a vivência da minha tristeza.					
17. Acontece-me ficar surpreendido(a) com as minhas reações a acontecimentos específicos.					

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

18. Sinto “o peso do passado” em muitos dos meus comportamentos relacionais.					
19. Acontece criticar-me pelo que penso.					
20. Sinto resignação face ao comportamento, presente e/ou passado, de pessoas importantes que fazem ou fizeram parte da minha vida.					
21. Sinto tristeza face ao comportamento, presente e/ou passado, a pessoas importantes que fazem ou fizeram parte da minha vida.					
22. Sinto ressentimento ou zanga face a pessoas importantes que fazem ou fizeram parte da minha vida					

Anexo I

Consistência Interna da Escala de Dificuldade de Processamento Emocional (EDPE)

Quadro 8. *Consistência Interna da Escala de Dificuldade de Processamento Emocional (EDPE) do estudo original (ainda a decorrer) e do estudo actual, para a amostra Clínica e para a amostra Não-Clínica.*

	Estudo Actual		
	Estudo original	Amostra Não-Clínica	Amostra Clínica
	(N=165)	(N=222)	(N=58)
Reacção Problemática	.819	.870	.904
Ausência de Significado	.847	.914	.837
Clivagem do <i>Self</i> I (<i>Conflict splits</i>)	.826	.898	.913
Clivagem do <i>Self</i> II (<i>Self-interruptive splits</i>)	.723	.859	.818
Assunto Inacabado	.802	.882	.826
Escala Global	.902	.936	.936

Anexo J

Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43)

Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43)

Seguidamente apresentamos uma sequência de afirmações relativas a características e vivências pessoais. Por favor, leia com atenção cada uma delas e responda, assinalando o seu grau de acordo ou desacordo numa escala de 1 a 8. **O número “1” significa que “discorda totalmente” e o “8” que “concorda totalmente”.** A linha divisória entre o “4” e o “5” separa as zonas de desacordo e de acordo. Quanto mais elevado for o número seleccionado maior é o grau de acordo.

1 a 4				5 a 8			
Desacordo				Concordo			
1	2	3	4	5	6	7	8

	Discordo				Concordo			
1. Sou capaz de distinguir críticas construtivas de destrutivas.	1	2	3	4	5	6	7	8
2. De forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Sinto mal-estar quando tenho de discordar de alguém.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Faço frequentemente coisas para sair da rotina.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Sinto que os outros não se interessam ou se preocupam comigo.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Sinto-me amado(a) e acarinhado(a) por uma ou mais pessoas.	1	2	3	4	5	6	7	8
7. De uma forma geral, gosto de experienciar coisas novas.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Consigo desfrutar os pequenos prazeres da vida.	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Sentir-me zangado(a) com alguém é sempre sinal de má educação.	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Estou satisfeito(a) com a qualidade daquilo que produzo.	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Sinto-me sozinho(a), mesmo quando estou acompanhado(a).	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Sinto que o meu tempo de lazer é útil e valioso.	1	2	3	4	5	6	7	8
13. Tenho dificuldade em desfrutar da vida.	1	2	3	4	5	6	7	8
14. É humano chorar a perda de alguém que amamos.	1	2	3	4	5	6	7	8
15. As minhas actividades de lazer contribuem para o meu sentimento de bem-estar.	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Sou capaz de aceitar que há coisas que estão fora do meu controlo.	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Sou tolerante comigo mesmo(a) face a conflitos entre o que penso, sinto e faço.	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Sinto-me constrangido(a) e inibido(a) em mostrar as minhas opiniões aos outros.	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Sinto que consigo tirar prazer da vida.	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Experiencio paz de espírito.	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Sinto-me confortável com a ideia de que não posso controlar tudo e todos.	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Em função dos meus erros posso aperfeiçoar o meu comportamento.	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Sinto-me confortável quando tenho de colaborar com outros.	1	2	3	4	5	6	7	8

	Discordo				Concordo			
24. Consigo suportar situações desagradáveis se vejo benefícios futuros nisso.	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Consigo cooperar com os outros para atingir objectivos comuns.	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Sou tolerante comigo mesmo(a) face a conflitos entre emoções contraditórias.	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Quando paro e reparo nas coisas à minha volta, sinto-me bem e satisfeito(a).	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Expresso as minhas ideias e opiniões, independentemente das reacções dos outros.	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Sou capaz de reconhecer que há coisas que estão fora do meu controlo.	1	2	3	4	5	6	7	8
30. Sei distinguir os medos justificados dos que não o são.	1	2	3	4	5	6	7	8
31. Quando sinto que tenho de ceder o meu controlo a um colectivo, aceito-o, cooperando com ele.	1	2	3	4	5	6	7	8
32. Vejo-me como uma pessoa aberta a novas experiências.	1	2	3	4	5	6	7	8
33. Quando sinto incoerências ou conflitos entre o que penso, sinto e faço, aceito a sua existência e procuro resolvê-los.	1	2	3	4	5	6	7	8
34. Sinto-me perto de ser a pessoa que desejo ser.	1	2	3	4	5	6	7	8
35. Sinto que errar possa ser uma oportunidade de aprendizagem.	1	2	3	4	5	6	7	8
36. No geral, sinto-me satisfeito(a) quando penso nas minhas características.	1	2	3	4	5	6	7	8
37. Quando sinto incoerências ou conflitos entre emoções contraditórias, aceito a sua existência e procuro resolvê-los.	1	2	3	4	5	6	7	8
38. Sinto orgulho na pessoa que sou.	1	2	3	4	5	6	7	8
39. Sinto que tenho uma certa calma interior.	1	2	3	4	5	6	7	8
40. Sinto orgulho naquilo que produzo e realizo.	1	2	3	4	5	6	7	8
41. É-me difícil suportar a distância entre o que sou e o que desejo ser.	1	2	3	4	5	6	7	8
42. Sinto-me satisfeito(a) com a minha capacidade de usar o meu tempo de lazer.	1	2	3	4	5	6	7	8
43. Sinto-me satisfeito(a) com a minha competência produtiva.	1	2	3	4	5	6	7	8

Anexo K

Inventário de Saúde Mental (ISM)

Inventário de Saúde Mental (ISM)

Seguidamente pedimos-lhe que responda a um conjunto de questões sobre o modo como se tem sentido no dia-a-dia, **durante este último mês**. Para cada questão há várias alternativas de resposta, pelo que escolha a que considere que melhor se aplica a si.

1. Neste último mês... QUÃO FELIZ E SATISFEITO(A) SE SENTIU COM SUA VIDA PESSOAL?

- ☐ Extremamente feliz
- ☐ Muito feliz e satisfeito(a), a maior parte do tempo
- ☐ Geralmente satisfeito(a) e feliz
- ☐ Ora ligeiramente satisfeito(a), ora ligeiramente infeliz
- ☐ Geralmente insatisfeito(a), infeliz
- ☐ Quase sempre muito insatisfeito(a) e infeliz.

2. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

3. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO(A) OU APREENSIVO(A) PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

4. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

5. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA-A-DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

6. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU RELAXADO(A) E SEM TENSÃO?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

7. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

8. Durante o último mês... ESTEVE PERANTE SITUAÇÕES EM QUE SE QUESTIONOU SE ESTARIA A PERDER A MEMÓRIA?

- ☐ Não, nunca
- ☐ Talvez pouco
- ☐ Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado(a) com isso
- ☐ Sim, e fiquei um bocado preocupado(a)
- ☐ Sim, e isso preocupa-me
- ☐ Sim, e estou muito preocupado(a) com isso

9. Durante o último mês... SENTIU-SE DEPRIMIDO(A)?

- ☐ Sim, quase sempre muito deprimido(a) até ao ponto de não me interessar por nada
- ☐ Sim, muito deprimido(a) durante a maior parte do tempo
- ☐ Sim, deprimido(a) muitas vezes
- ☐ Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido(a)
- ☐ Não, nunca me sinto deprimido(a)

10. Durante o último mês... QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO(A) E QUERIDO(A)?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte das vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muito poucas vezes
- ☐ Nunca

11. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU NERVOSO(A)?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

12. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

13. Durante o último mês... QUANTAS VEZES SE SENTIU TENSO(A) E IRRITADO(A)?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

14. Neste último mês... SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTOS E SENTIMENTOS?

- ☐ Sim, completamente
- ☐ Sim, geralmente
- ☐ Sim, penso que sim
- ☐ Não muito bem
- ☐ Não, e ando um pouco perturbado(a) por isso
- ☐ Não, e ando muito perturbado(a) por isso

15. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

16. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

17. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU CALMO(A) E EM PAZ?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

18. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

19. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

20. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU PRESTES A CHORAR?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

21. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA PENSOU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

22. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

23. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTALMENTE SATISFATÓRIAS?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

24. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

25. Neste último mês... QUÃO INCOMODADO(A) SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSISMO?

- ☐ Extremamente (ao ponto de não poder fazer as coisas que devia)
- ☐ Muito incomodado(a)
- ☐ Um pouco incomodado(a)
- ☐ Algo incomodado(a) (o suficiente para dar conta)
- ☐ Apenas de forma muito ligeira
- ☐ Nada incomodado(a)

26. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

27. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O(A) CONSEGUIA ANIMAR?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

28. Durante o último mês... ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Sim, umas poucas vezes
- ☐ Sim, uma vez
- ☐ Não, nunca.

29. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU CANSADO(A), INQUIETO(A) E IMPACIENTE?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

30. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO(A) OU DE MAU HUMOR?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

31. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO(A) E BEM DISPOSTO(A)?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

32. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO(A) OU PERTURBADO(A) ?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

33. Neste último mês... SENTIU-SE ANSIOSO(A) OU PREOCUPADO(A)?

- ☐ Sim, extremamente (ao ponto de ficar doente ou quase)
- ☐ Sim, muito
- ☐ Sim, um pouco
- ☐ Sim, o suficiente para me incomodar
- ☐ Sim, de forma muito ligeira
- ☐ Não, de maneira nenhuma

34. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

35. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU DIFICULDADE EM MANTER-SE CALMO(A) ?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

36. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

37. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO(A) E REPOUSADO(A)?

- ☐ Sempre, todos os dias
- ☐ Quase todos os dias
- ☐ Frequentemente
- ☐ Algumas vezes, mas normalmente não
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca acordo com a sensação de estar descansado

38. Durante o último mês... ESTEVE OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- ☐ Sim, quase a ultrapassar os limites
- ☐ Sim, muita pressão
- ☐ Sim, alguma, mais do que o costume
- ☐ Sim, alguma como de costume
- ☐ Sim, um pouco
- ☐ Não, nenhuma

Anexo L

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Segue-se uma lista de problemas ou sintomas que, por vezes, as pessoas apresentam. Por favor, assinale aquele que melhor descreve o grau em que cada problema ou sintoma o(a) incomodou durante a última semana.

EM QUE MEDIDA FICOU PERTURBADO/A POR:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Nervosismo ou tensão interior.	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas.	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os meus pensamentos.	0	1	2	3	4
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração ou no peito.	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou praças públicas.	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida.	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite.	0	1	2	3	4
12. Ter um medo súbito sem razão para isso.	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar.	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho/a mesmo quando está com mais pessoas.	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho/a.	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste.	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada.	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado/a.	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ferido/a nos seus sentimentos.	0	1	2	3	4
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros.	0	1	2	3	4
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.	0	1	2	3	4
24. Impressão de que os outros o/a costumam observar ou falar de si.	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer.	0	1	2	3	4

EM QUE MEDIDA FICOU PERTURBADO/A POR:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	0	1	2	3	4
27. Dificuldade em tomar decisões.	0	1	2	3	4
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.	0	1	2	3	4
29. Sensação de que lhe falta o ar.	0	1	2	3	4
30. Calafrios ou afrontamentos.	0	1	2	3	4
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo.	0	1	2	3	4
32. Sensação de vazio na cabeça.	0	1	2	3	4
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.	0	1	2	3	4
34. Ter a ideia que deveria ser castigado/a pelos seus pecados.	0	1	2	3	4
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.	0	1	2	3	4
36. Ter dificuldade em concentrar-se.	0	1	2	3	4
37. Falta de forças em partes do corpo.	0	1	2	3	4
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.	0	1	2	3	4
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.	0	1	2	3	4
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.	0	1	2	3	4
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.	0	1	2	3	4
42. Sentir-se embaraçado/a junto de outras pessoas.	0	1	2	3	4
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias.	0	1	2	3	4
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo/a” de outra pessoa.	0	1	2	3	4
45. Ter ataques de terror ou pânico.	0	1	2	3	4
46. Entrar facilmente em discussão.	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso/a quando tem que ficar sozinho/a	0	1	2	3	4
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão desassossegado/a que não consegue manter-se sentado quieto/a.	0	1	2	3	4
50. Sentir que não tem valor.	0	1	2	3	4
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	0	1	2	3	4
52. Ter sentimentos de culpa.	0	1	2	3	4
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.	0	1	2	3	4

Anexo M

Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla *setpwise* das subescalas da DERS em relação à ERSN-43, para a amostra não-clínica ($n = 222$)

Quadro 9. *Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla setpwise das subescalas da DERS em relação à ERSN-43, para a amostra não-clínica (n = 222)*

	R^2	β	t	Sig.
Estratégias	.432	- .658	- 8.641	.000
Consciência	.488	- .260	- 5.328	.000
Impulsos	.498	. 214	2.931	.004
Objectivos	.511	- .156	- 2.548	.012

Nota: $R^2 = .511$, $F(1,217) = 58.684$, $p = .000$

Anexo N

Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla *setpwise* das subescalas da DERS em relação à ERSN-43, para a amostra clínica ($n = 58$)

Quadro 10. *Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla setpwise das subescalas da DERS em relação à ERSN-43, para a amostra clínica (n = 58)*

	R^2	β	t	Sig.
Estratégias	.251	- .562	- 3.611	.000
Não aceitação	.333	. 190	1.210	.001
Consciência	.390	- .282	- 2.255	.028

Nota: $R^2 = .390$, $F(1,54) = 11.525$, $p = .000$